|  |
| --- |
| **Rapport de fonctionnement multidisciplinaire pour la demande  d’une aide à la mobilité et/ou adaptations** **A remettre par le bénéficiaire au technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste de son choix** |

|  |
| --- |
| **Toutes les rubriques doivent être remplies sauf mention contraire** |

**Identification du bénéficiaire**

*A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du bénéficiaire |  |
| Date de naissance | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
| Adresse (domicile) |  |
| Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS) | \_ \_ \_ \_ \_ \_-\_ \_ \_-\_ \_ |
| Mutualité (nom ou numéro) |  |

**Identification du technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste**

*A compléter par le technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste qui oriente le bénéficiaire vers l’équipe multidisciplinaire*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste |  |
| Numéro d’agrément |  |
| Nom de l’entreprise |  |
| Adresse de l’entreprise |  |
| N° de téléphone, adresse e-mail |  |
| N° d’entreprise |  |

Raison de l'orientation vers une équipe multidisciplinaire

|  |  |
| --- | --- |
| *Demande d’un(e)*  voiturette pour enfants : manuelle  électronique  voiturette manuelle active  voiturette électronique  scooter électronique pour l’intérieur et l’extérieur  scooter électronique pour l’extérieur  système de station debout  aide à la mobilité non nomenclaturée (par ex. aide à la propulsion) : ……………………………… | tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes  renouvellement anticipé d’une voiturette  adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée  unité d'assise modulaire adaptable  châssis pour unité d'assise modulaire adaptable  Système de commande avec contrôle environnemental  voiturette sur-mesure |

**Rapport de fonctionnement RELATIF A l’utilisation d'une aide à la mobilité**

*À compléter de manière multidisciplinaire*

Ce rapport de fonctionnement est établi pour

*(nom et prénom du bénéficiaire)*

**Codes qualificatifs (c.à.d. l’ampleur des limitations fonctionnelles) (\*)**

* 0 = PAS de limitation ou problème de participation (aucun, absent, négligeable 0-4%)
* 1 = LEGERE limitation ou problème de participation (minime, faible 5-24%)
* 2 = MODERE limitation ou problème de participation (assez important 25-49%)
* 3 = GRAVE limitation ou problème de participation (élevé, fort, considérable 50-95%)
* 4 = COMPLETE limitation ou problème de participation (total 96-100%)
* 8 = limitation ou problème de participation non spécifié
* 9 = pas d’application

(\*) Informations complémentaires disponibles sur le site <https://www.who.int/standards/classifications>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FONCTION** | **CODE QUALIFICATIF CIF** | **DESCRIPTION** | |
| * + - 1. **Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette** CIF/d440 / d445 / d465 | 🞎 | Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur.  Oui  Non  Pas d’application  Peut se servir d'une voiturette manuelle l'extérieur  Oui  Non  Pas d’application  Peut se servir d'une voiturette manuelle sur terrain accidenté  Oui  Non  Pas d’application  *remarques* | |
| * + - 1. **Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette électronique** CIF/d440/d445/d465 | 🞎 | Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick  Oui  Non  Pas d’application  Peut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ...  Ou  Non  Pas d’application  Peut se servir des appareils nécessaires (téléphone, radio, tv; portes, ...) de manière autonome depuis la voiturette, c.-à-d. peut contrôler l'environnement direct sans commande de l’environnement  Oui  Non  Pas d’application  *remarques* | |
| * + - 1. **Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d’un scooter** CIF/d440 / d445 / d465 | 🞎 | Peut commander un scooter électronique  Oui  Non  Pas d’application  *remarques* | |
| * + - 1. **Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec l’utilisation d’une aide à la propulsion motorisée** CIF/d440 / d445 / d465 | 🞎 | | Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type joystick  Oui  Non  Pas d’application  Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée avec amplification ou activateur de mouvements  Oui  Non  Pas d’application  Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type 5ème roue motorisée  Oui  Non  Pas d’application  *remarques* |
| * + - 1. **Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête** CIF/d4153 / d410 | 🞎 | | Peut rester assis de manière autonome et prolongée sur un siège sans dossier  Oui  Non  Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis sur un siège sans dossier  Oui  Non  Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis  Oui  Non  Peut changer de position de manière autonome  Oui  Non  *remarques* |
| **6. Troubles : Fonctions cognitives** CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176 | 🞎 | | Oui  Non  Si oui, précisez   |  |  | | --- | --- | | orientation dans le temps | orientation dans l’espace | | orientation personne | attention/concentration | | mémoire | fonctions psychomotrices | | autre |  |   *remarques* |
| **7.Troubles : endurance et résistance à l'effort** CIF/b410 / b440 / b455 / b740 | 🞎 | | Oui  Non  Si oui, précisez   |  |  | | --- | --- | | cardiorespiratoire | articulaire | | neuromusculaire | musculaire | | autre | dépendance à l'O2 / respirateur |   *remarques* |
| **8. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette** | | | |
| 8.1. Risque d'escarres | Non  Oui | Troubles de la sensibilité troubles trophiques, anomalies anatomiques, anomalies fonctionnelles, ...  Incontinence, allergie, transpiration, ...  Ne peut pas se soulever suffisamment longtemps pour soulager le siège en raison de limitations ou d'incapacités physiques ou mentales, de problèmes de conscience, de fatigue, ...  *remarques* | |
| 8.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356 | Non  Oui | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* | |
| 8.3. Trouble : force musculaire CIF/b730 | Non  Oui | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* | |
| 8.4. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontaires CIF/b760 / b765 | Non  Oui | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* | |
| 8.5. Trouble : contractures ou ankylose CIF/b710 | Non  Oui | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* | |
| 8.6. Taille & poids *(si pertinent)* |  | taille :  poids :  *remarques* | |
| 8.7. Trouble : fonctions sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230 | Non  Oui | sensibilité  vue  ouïe  *remarques* | |
| 8.8. Troubles : comportement CIF/d720 | Non  Oui | *remarques* | |
| **9. Activités et participation** | | | |
| 9.1. Activités pour lesquelles l’aide à la mobilité demandée sera utilisée : | Domicile  toujours  souvent  occasionnellement  jamais  Ecole  toujours  souvent  occasionnellement  jamais  Travail  toujours  souvent  occasionnellement  jamais  Courses  toujours  souvent  occasionnellement  jamais  Social  toujours  souvent  occasionnellement  jamais  Culturel  toujours  souvent  occasionnellement  jamais  Sport  toujours  souvent  occasionnellement  jamais  Autre …………………………………………….  *remarques* | | |
| 9.2. Mobilité sur de "courtes distances" Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e) | cadre de marche  voiturette manuelle  canne de marche sur roues  scooter électronique  voiturette électronique  aide à la propulsion  *remarques* | | |
| 9.3. Mobilité sur des longues distances | | | |
| 9.3.1. Peut se servir d’une aide à la mobilité mécanique, telle que : | cadre de marche  voiturette manuelle  vélo adapté  tricycle  handbike  tricycle à position assise ou couchée  canne de marche sur roues  autre  pas d'application  *remarques* | | |
| 9.3.2. Peut seulement se servir d’une aide à la mobilité motorisée ou électronique, telle que : | voiturette électronique  système de traction pour voiturette  scooter électronique  vélo avec moteur électrique  tricycle avec moteur auxiliaire  handbike avec moteur auxiliaire  autre  aide à la propulsion  *remarques* | | |
| 9.3.3. Transport | utilise les transports en commun :  de manière autonome  avec aide  conduit, de manière autonome, une voiture :  ordinaire  adaptée  transfert vers/hors :  autonome  avec aide  emporter, monter et démonter la voiturette :  autonome  avec aide  est transporté à bord d'une voiture  ordinaire  adaptée  est transporté à bord d'un véhicule adapté pour personnes handicapées  reste assis dans la voiturette dans le véhicule  autre  *remarques* | | |
| 9.4. Facteurs environnementaux | | | |
| 9.4.1. Habitation et environnement direct  (en rapport avec l’aide à la mobilité demandée) | accessible  non accessible  de manière autonome  accompagnement d'un tiers nécessaire  *remarques* | | |
| 9.4.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement de travail (en rapport avec l’aide à la mobilité demandée) | accessible  non accessible  de manière autonome  accompagnement d'un tiers nécessaire  *remarques* | | |
| 9.4.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné)  (en rapport avec l’aide à la mobilité demandée) | accessible  non accessible  de manière autonome  accompagnement d'un tiers nécessaire  *remarques* | | |
| 9.4.4. Visite à domicile | Non  Oui, par : ………………………………………................. (nom)  …………………………………………………...... (fonction) | | |

**Conclusion et proposition de l’équipe multidisciplinaire**

|  |
| --- |
|  |

*Cet avis multidisciplinaire a été établi par :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | | |
| Médecin  (médecin-rééducateur) | Nom  Numéro d’agrément | Signature |
| Ergothérapeute ou kinésithérapeute | Nom  Numéro d’agrément | Signature |
| Autre  (description de la fonction) | Nom  Numéro d’agrément | Signature |

**Cadre réservé au bénéficiaire :** *A compléter par le bénéficiaire*

|  |
| --- |
| J'ai pris connaissance de ce document  **Remarques** : |
| Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_  Nom et signature du bénéficiaire ou de son représentant (indiquer le lien avec le bénéficiaire): ................................................................................................ |